335

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 Juillet 1908, à 1 heure

PAR

Louis BÜTTERLIN
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

LES

LYMPHANGITES TERTIAIRES DE LA VERGE

CONSIDÉRATIONS

Sur quelques états éléphantiasiques, en particulier le Syphilome hypertrophique diffus

Président : M. DIEULAFOY, *professeur*

Juges { MM. GILBERT, *professeur*
ROBIN (Alb.), *professeur*
RENON, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Henri JOUVE, Éditeur
15, Rue Racine, 15

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Gilbert BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fer.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE LE Dr BÜTTERLIN

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Professeur de clinique médicale
A la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Les Lymphangites tertiaires de la Verge

Considérations sur quelques états éléphantiasiques en particulier le syphilome hypertrophique diffus

---

Nous nous proposons d'étudier les lymphangites tertiaires de la verge ainsi que différents états éléphantiasiques accompagnant souvent les vieilles syphilis, en particulier le syphilome hypertrophique diffus de Fournier.

Une observation typique de lymphangite gommeuse avec ulcérations s'ouvrant à la surface cutanée de la verge, à nous communiquée par M. le Dr Druelle servira comme point de départ de notre travail, travail sans prétention aucune, notre tâche en effet serait bien ardue si notre intention était de jeter un jour nouveau sur cette affection jusqu'à présent si peu étudiée dans les annales de la syphiligraphie.

Et pourtant chacun est d'accord pour signaler le processus lymphangitique comme complication à cette période de la maladie, mais tous les auteurs reconnaissent sa rareté, bien plus, ne s'entendent pas sur son étiologie et sa pathogénie. Le syphilome hypertrophique diffus, véritable éléphantiasis des organes génitaux, considéré avec raison par M. Fournier comme étant peut-être un état lymphangitique chronique semble mieux connu et a été l'objet de plus nombreuses recherches.

Qu'il nous soit permis avant de commencer notre travail, au moment de terminer nos études médicales, d'adresser tous nos remerciements aux maîtres éminents qui ont contribué à notre instruction tant à la Faculté que dans les hôpitaux.

Que particulièrement M. le professeur Dieulafoy veuille bien nous permettre de lui dire combien nous sommes touché du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider la soutenance de notre thèse ; une part de notre gratitude revient également à M. le professeur Gaucher à qui nous avions soumis l'idée de ce travail et qui, sans un empêchement imprévu, aurait été aujourd'hui notre président.

Que MM. Walther, Hirtz, Carnot et Schwartz comme stagiaire, MM. Blum, Auvard, Nélaton et Ombredanne comme externe veuillent bien agréer l'expression de notre reconnaissance pour l'enseignement remarquable qu'ils nous ont donné au lit

du malade et les conseils si précieux qu'ils nous ont prodigués au cours de nos études.

Que M. le Dr Druelle accepte tous nos remerciements pour la si intéressante observation qu'il nous a communiquée et qui nous a donné l'idée de ce travail.

CHAPITRE I

Des différentes périodes de la syphilis, affection qui pourtant a un tel retentissement sur le système lymphatique, les lymphangites tertiaires, en particulier les lymphangites de la verge, ont été peu étudiées.

De nombreuses recherches ont éte faites sur l'inflammation lymphatique à la suite du chancre infectant, quantité de cas ont été signalés, des travaux très sérieux, notamment les thèses de Sallé de Billet, l'étude magistrale anatomo-pathologique des altérations du système lymphatique au cours de la syphilis présenté au congrès international de médecine de 1900 par Nobl, ont mis au point la question.

A la période secondaire, déjà beaucoup plus d'incertitude, dernièrement pourtant M. Balzer en observait à la verge un cas tout à fait remarquable qui fit l'objet d'une communication à la Société de syphiligraphie.

Avec la période tertiaire nous arrivons à un abandon presque complet de la question. Tous les auteurs, Julien, Berdal, Fournier, ne consacrent que peu de mots à son étude ; ils signalent simplement le fait sans insister sur le processus ulcéro-gommeux :

c'est qu'en effet cette lymphangite qui peut survenir en une région quelconque de l'individu, loin des organes génitaux externes, est une chose excessivement rare, malgré de consciencieuses recherches nous n'avons pu ajouter aucune observation à celle communiquée à nous par notre excellent ami le D Druelle.

Mais à côté de cette lymphangite caractérisée par un processus inflammatoire et induratif des cordons lymphatiques on retrouve à la période tertiaire d'autres affections où là aussi les lymphatiques sont éprouvés : ce sont les états éléphantiasiques de la verge, en particulier le syphilome hypertrophique diffus ; lésion étrange, dit M. Fournier, qui se produit comme épiphénomène des lésions gommeuses.

Incriminer la syphilis comme facteur de l'élephantiasis a été de la part des auteurs une question fort discutée. Ravogli pourtant dans un intéressant article sur l'éléphantiasis syphilitique du scrotum et du pénis le met nettement en évidence ; rarement jusqu'à présent, dit-il, la syphilis a pris place dans l'étiologie de l'éléphantiasis, mais les découvertes récentes expliquent ces faits que la présence de spirochètes dans les vaisseaux lymphatiques rend plausible.

D'autre part, l'éléphantiasis ou du moins ces états éléphantiasiques qui nous intéressent ici et dans lesquels nous groupons le syphilome hypertrophique diffus ne sont-ils pas dus en grande partie à des lymphangites à répétition, à une inflammation chronique des vaisseaux lymphatiques ; des thèses récentes,

le brillant chapitre à ce sujet de MM. Brocq et Besnier, (pratique dermatologique) l'hypothèse vraisemblable de M. Fournier semblent nous fournir des données suffisantes pour nous permettre de ranger ces états pathologiques dans le cadre des lymphangites, en cette occasion dans celui des lymphangites tertiaires.

Je diviserai donc mon travail en deux parties :

L'un traitant de la lymphangite gommeuse se traduisant par d'énormes cordons indurés que l'on palpe facilement à la surface, principalement sur le dos de la verge et qui peuvent s'ulcérer.

L'autre intéressant ces formes complexes d'éléphantiasis, états éléphantiasiques survenus à la période tertiaire et syphilome hypertrophique diffus.

Je le répète nous ne voulons nullement prétendre débrouiller une question aussi délicate ; nous nous contenterons simplement ici de rapporter le résultat de nos recherches.

CHAPTRE II

La lymphangite que nous nous proposons d'étudier dans ce chapitre appartient cliniquement à la variété dite lymphangite tronculaire ; comme nous le verrons en effet, on se trouve en présence de cordons durs roulant sous le doigt dont le trajet suit exactement celui du vaisseau et intéresse son territoire tout entier. Il ne nous paraît donc pas inutile de donner un aperçu rapide de l'anatomie du système lymphatique dans cette région.

Seuls peuvent être intéressants à connaître ceux des enveloppes cutanées du penis répartis en deux groupes : les lymphatiques du fourreau de la verge et les lymphatiques du prépuce dont le réseau très fin aboutit soit à un seul tronc collecteur, soit à deux, soit même à plusieurs. Quel que soit d'ailleurs leur nombre, ces vaisseaux cheminent sur le milieu de la face dorsale de la verge à côté de la veine dorsale superficielle, échangeant entre eux lorsqu'ils sont plusieurs de nombreuses anastomoses remarquables par leur flexuosité et plus ou moins développés suivant les sujets, enfin aboutissent toujours aux ganglions inguinaux soit d'un seul côté, soit des deux à la fois.

La lymphangite tertiaire survient en général tardivement, tantôt au bout de trois années, tantôt au contraire au bout d'une période beaucoup plus longue. Sa localisation la plus fréquente est aux organes génitaux ; dans ce cas elle affecte souvent des rapports avec l'endroit occupé autrefois par le chancre infectant ; elle peut apparaître néanmoins, des observations ont été communiquées, en des régions qui n'ont jamais été le siège d'aucun accident spécifique, au bras, à la jambe par exemple.

Quoi qu'il en soit ses caractères cliniques sont les suivants. Le malade s'aperçoit par hasard qu'il offre sur la région atteinte une grosseur allongée, il n'en éprouve aucune douleur, pas ou peu de changement de coloration de la peau, pas de réaction inflammatoire. Si on l'examine à ce moment on constate que les vaisseaux lymphatiques sont gros, durs, très légèrement irréguliers, plus souvent cylindriques que moniliformes.

Bien des fois, mais ceci n'a rien d'absolu, les ganglions correspondants sont volumineux, indurés mais toujours indolores et aphlegmasiques.

Souvent aussi un œdème dur empêche d'isoler complètement les cordons lymphatiques les uns des autres, ils sont plus ou moins confondus entre eux par un engorgement ou un épaississement du tissu périphérique.

Sur ces cordons ainsi indurés peuvent apparaître des nodosités, nodosités qui à un certain moment viennent à s'ulcérer, se font jour à travers les tégu-

ments, on a alors tout à fait la lésion ulcéro-gommeuse type avec ses bords non décollés, taillés à pic, le fond a un aspect jaunâtre caractéristique, on y aperçoit des masses sanieuses qui ressemblent absolument à un bourbillon gommeux en voie de désagrégation. Ces nodosités ulcérées font corps avec le lymphatique sur lequel elles reposent et se continuent avec lui dans la profondeur.

A la verge ce sont les voies lymphatiques dorsales, surtout le réseau capillaire nourricier qui les entoure, qui participe au processus pathologique.

Anatomiquement il paraît s'agir d'un véritable travail de sclérose d'abord localisé aux vaisseaux lymphatiques eux-mêmes, puis propagé au tissu conjonctif qui les entoure. Nobb, en effet, qui a spécialement étudié la question dans un article communiqué au Congrès international de médecine de 1900, prétend que l'altération consiste en une endolymphangite proliférative susceptible de provoquer l'oblitération et en une para et périlymphangite intense ; pour expliquer la pathogénie de l'altération on peut admettre, semble-t-il, que le point de départ est dans les couches conjonctives péricapillaires et que les matières spécifiques venues des voies lymphatiques provoquent sur place une inflammation proliférante qui s'étend ensuite aux vaisseaux lymphatiques et au tissu interstitiel.

OBSERVATION I (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Dr Druelle

M. X..., cinquante-deux ans, vient consulter le 11 avril 1907 pour des ulcérations de la verge.

Comme antécédents héréditaires rien à signaler.

Au point de vue des antécédents personnels, le malade n'offre rien à relever sauf pourtant une congestion pulmonaire il y a dix ans.

Antécédents vénériens. — On trouve un écoulement blennoragique remontant à 1890 qui s'est guéri facilement et sans complications.

En 1890 également le malade a présenté trois ulcérations de la verge qui ont été traitées à Lyon et sur lesquelles on porta le diagnostic de chancre syphilitique. Cette syphilis qui fut soignée dès le début par des pilules mercurielles semble n'avoir été suivie que d'accidents secondaires très bénins : roséole légère, plaques muqueuses.

En 1884, après une longue période de dysphagie douloureuse, le malade consulta Diday, de Lyon, qui constata à la gorge des ulcérations multiples de nature syphilitique ; en quelques semaines, grâce au traitement mixte, pilules et iodure, elles disparurent complètement.

Depuis cette époque le malade n'a suivi aucun traitement spécifique.

En décembre 1906, alors que le malade n'avait eu aucun rapport sexuel depuis près de trois mois, apparut sur le dos

de la verge une nodosité qui fut suivie quelque temps après d'ulcérations du gland et du méat. Ces ulcérations du gland et du méat furent cautérisées au thermocautère, on ouvrit au galvanocautère la nodosité développée sur la face dorsale du pénis, il s'en écoula un liquide sanguinolent.

En février 1907, apparition d'une nouvelle nodosité à la partie toute supérieure de la face dorsale du pénis près du pubis ; le développement de cette dernière lésion s'accompagna de douleurs locales assez vives alors que le développement des lésions précédentes avait été indolore, puis les nodosités s'ouvrirent largement en faisant place à des ulcérations qui sur les conseils d'un médecin consulté furent traités par des applications d'aristol. Cette médication n'entrava nullement l'évolution de ces ulcérations qui ne firent que s'agrandir peu à peu.

Etat actuel. — La verge est œdématiée, grosse et dure mais n'a nullement l'aspect inflammatoire ; elle a au contraire une teinte violacée, aphlegmasique.

Il existe un phimosis très serré qui s'est développé depuis quelques semaines et empêche même de voir le méat urinaire.

A l'examen on constate sur la face supérieure de la verge à peu près au milieu de l'organe, une ulcération grosse comme une pièce de vingt centimes régulièrement arrondie, profonde, à bords taillés à pic et non décollés, dont le fond est tomenteux et jaunâtre.

Sur la face gauche de l'organe autre ulcération de dimension bien moindre mais de caractères identiques.

A l'angle de la verge et du pubis se trouve une autre ulcération allongée dans le sens transversal dans lequel elle présente 2 cm. 5 au moins de dimension ; cette ulcération qui

siège juste au niveau de l'angle pénio-scrotal a son bord supérieur légèrement décollé sous la paroi abdominale tandis que le bord inférieur taillé à pic ne l'est pas ; son fond présente encore des masses jaunâtres qui ont l'aspect d'un bourbillon gommeux en voie de désagrégation.

En palpant l'organe on sent sur toute la face supérieure un cordon induré du volume d'un porte-plume, de forme irrégulière, un peu moniliforme renflé par place et rétréci en d'autres. Ce cordon sur lequel la peau du pénis est mobile, l'est également sur le plan profond ; il n'existe aucune adhérence avec les enveloppes des corps caverneux ; il est étendu depuis le sillon balano-préputial jusqu'à la racine de la verge et suit très nettement la direction du cordon vasculaire dorsal de l'organe.

En palpant ce cordon on s'aperçoit que l'ulcération décrite sur le dos de la verge partie moyenne, fait corps avec lui et lui est intimement adhérente, de même l'ulcération située à l'angle pénio-pubien a sa base formée par l'extrémité supérieure dudit cordon induré.

En palpant le reste de la verge, on sent sur les faces latérales de l'organe d'autres cordons plus petits mais ayant les mêmes caractères d'induration et d'irrégularité.

L'ulcération décrite sur la face gauche de la verge est en connexion intime avec l'un de ces cordons et se continue avec lui dans la profondeur.

La palpation de tout l'organe et desdits cordons n'est nullement douloureuse, à leur niveau la peau conserve sa teinte normale, pas de rougeur aucune.

A la surface de la verge aucune veine dilatée qui serait l'indice d'une circulation veineuse collatérale.

Aucun trouble de la miction.

Il n'y a pas de ganglions inguinaux. Les organes sont sains, rien au cœur, rien au foie ni au poumon, pas d'albumine dans l'urine, en dehors des organes génitaux il n'existe aucune manifestation syphilitique.

Le malade est très nerveux, il s'inquiète sans cesse de son état, il fait de la neurasthénie assez accentuée.

Diagnostic. — Le diagnostic qui peut être porté semble être celui de gommes de la verge dont les lésions ont absolument l'aspect. Quant au siège de ces gommes il semble bien qu'on puisse affirmer qu'elles sont d'origine lymphatique ; les cordons indurés et hypertrophiés situés sur le pénis correspondent vraisemblablement à des lymphatiques altérés. On peut éliminer l'hypothèse de phlébite tertiaire gommeuse en se basant sur l'absence de circulation collatérale.

Le traitement institué est le suivant. Faire vingt injections quotidiennes de 20 centimètres cubes de benzoate de mercure et prendre chaque jour 4 grammes d'iodure de potassium.

Localement pansements des ulcérations de la verge au dermatol.

Au 30 avril 1907 il a été fait vingt injections de benzoate ; sous leur influence les lésions ont rapidement rétrocédé, les deux gommes situées en plein corps de la verge sont complètement guéries. Celle située à l'union du pubis et de la verge a diminué de moitié.

Les troncs lymphatiques hypertrophiés ont également diminué dans des proportions notables.

Le malade commence à décalotter, on aperçoit un peu l'extrémité du gland.

Le 10 mai 1907 on reprend le traitement par les injections qui avaient été suspendues, le malade en ayant éprouvé une grande fatigue.

Le 30 mai, après vingt nouvelles injections de 20 centimètres cubes de benzoate associé à l'iodure, les ulcérations sont toutes bien guéries ; l'augmentation de volume des lymphatiques, quoique diminuée, persiste néanmoins toujours. Le malade peut découvrir complètement le gland ; on voit alors sur ce dernier deux cicatrices qui correspondent peut-être à des ulcérations qu'on n'avait pas pu voir jusqu'ici étant donné l'état de phimosis.

Le prépuce encore épais et infiltré est loin d'avoir sa souplesse normale.

Le 15 octobre 1907 le malade est revu avec un état local satisfaisant. Les cicatrices des gommes sont blanches avec périphérie pigmentée, elles adhèrent dans la profondeur aux troncs lymphatiques qui sont encore un peu hypertrophiés et indurés. L'érection et le coït ne sont nullement gênés et s'accomplissent d'une façon normale.

Après s'être assuré que le malade ne présente pas d'albumine, on recommence une série de six injections hebdomadaires d'huile grise à raison de 7 centimètres cubes de mercure métallique par injection.

Au 25 novembre 1907, fin de la série de ces injections d'huile grise qui ont été très bien supportées.

Au 5 mars 1908 on revoit le malade chez lequel toute trace de l'affection antérieure a disparu sauf un tout petit cordon lymphatique que l'on peut encore constater sur le côté droit de la verge.

Il nous a été impossible pour corroborer les données cliniques de présenter à l'appui plusieurs observations, la lymphangite tertiaire de la verge, avons-nous dit, étant une chose fort rare. Pourtant dans le cas qui nous occupe, la marche de la maladie, l'examen des lésions, la présence de ces cordons démesurément gros répondant anatomiquement au trajet des vaisseaux lymphatiques, sont autant de preuves suffisantes pour poser un diagnostic ferme. Après des accidents secondaires très bénins, en effet le malade présente au niveau de la verge trois ulcérations, comme allure absolument celles des gommes ulcérées, bords taillés à pic avec fond tomenteux et bourbilloneux, toutes les trois ont pour base un lymphatique malade que l'on suit jusque dans les plans profonds, d'autre part pas de phénomènes généraux, pas de processus inflammatoires, les lésions rétrocèdent assez facilement sous l'influence du traitement approprié.

Ceci posé, disons quelques mots sur les complications possibles. Ces vaisseaux ainsi altérés peuvent à la longue amener des troubles fonctionnels assez considérables, au niveau du dos de la verge en effet les vaisseaux blancs indurés envahis par la sclérose produisent un peu de rétraction de l'organe, c'est surtout lors de l'érection que cette rétraction se fera la plus douloureuse, le pénis ne pourra plus se distendre d'une égale façon dans tous ses points, il s'incurvera plus ou moins du côté des lymphatiques atteints, simulant tout à fait la chaudepisse cordée.

Le diagnostic doit être fait avec la phlébite tertiaire. Remarquons que cette dernière provoque presque toujours des douleurs lorsqu'elle se développe, c'est de plus une affection fébrile ; il est vrai, des cas de phlébite dorsale ont été cités où le développement des lésions s'est fait progressivement d'une façon absolument aphlegmasique.

En outre on ne trouvera que un ou deux cordons indurés très gros et n'aboutissant pas aux ganglions lymphatiques. Ces caractères sont opposés dans la lymphopathie toujours il existe un grand nombre de cordons allant se rendre à des ganglions plutôt gros et durs.

L'érection n'est ni incomplète ni impossible, lorsqu'elle a lieu on peut observer un certain degré d'incurvation de la verge, mais en sens inverse.

Tandis que le développement des lésions lymphatiques est toujours indolore, la phlébite l'est au moins à la période initiale.

Enfin caractère clinique d'une grande importance, la phlébite s'accompagne toujours d'une circulation collatérale très intense, la lymphangite au contraire pas du tout.

CHAPITRE III

Dans cette partie de notre travail nous nous proposons d'étudier une autre variété de lymphangites caractérisées par des états éléphantiasiques de la verge dans lesquels nous comprendrons le syphilome hypertrophique diffus.

Nombreuses sont les communications où la syphilis a été mise en compte pour expliquer la pathogénie de l'éléphantiasis. Des thèses récentes celles de Canet Fiocre, Clarac, un article de Ravogli dernièrement paru sur l'éléphantiasis syphilitique du scrotum et du pénis en montrent très nettement l'évidence, la présence de spirochètes dans les vaisseaux lymphathiques, leur inflammation chronique avec prédominance à la sclérose n'est-ce pas là des preuves manifestes de l'infection spécifique?

Quant à déterminer exactement à quelle époque de la maladie l'affection se montre, survient-elle de préférence à la période tertiaire, nous ne sommes pas encore fixé; disons avec Clarac qu'on l'observe en général chez les sujets gravement entachés de syphilis, néanmoins il ne nous paraît pas inutile de signaler l'observation suivante rapportée par Landau.

C'est un homme de trente-quatre ans, bien portant jusqu'à vingt-six ans, à cette époque chancre induré au-dessus du méat.

Les ganglions inguinaux tuméfiés des deux côtés sont alors extirpés.

Accidents secondaires. — Traitement mercuriel. — Guérison.

Quelque temps après le prépuce et la verge augmentent de volume, épaississent, cela sans aucun phénomène inflammatoire, sans rougeur, sans douleur, le pénis gêne la marche uniquement par son poids et par son volume.

Dimension : longueur 21 centimètres, circonférence 13 centimètres à la racine, 18 à 20 centimètres à l'extrémité.

Landau fait observer que l'éléphantiasis n'a pas été la conséquence de l'extirpation des ganglions puisque le pénis à l'exclusion du scrotum resté normal est seul en cause, il y a tout lieu de penser, dit-il, qu'il s'agit d'un œdème scléreux dans la zone du chancre, dû à une infection qui aurait atteint le réseau lymphatique local.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur ces états un peu complexes d'éléphantiasis pour étudier plus spécialement le syphilome hypertrophique diffus.

Ce n'est en somme, dit M. Fournier, qu'une forme gommeuse compliquée de lymphangite, l'infiltration

se présente à l'état diffus c'est-à-dire sans frontières bien délimitées. Elle se confond avec une sorte de bouffissure des tissus voisins.

Cette forme réalise un état des plus singuliers du prépuce connu sous le nom de prépuce en ballon de caoutchouc, se caractérisant comme il suit : verge en phimosis renflée en massue à son extrémité, prépuce fortement tuméfié, épaissi, devenu rigide et figurant autour du gland une sorte de coque dure tout à fait comparable comme rénitence à une poire en caoutchouc.

Lorsque ces lésions sont assez étendues il arrive qu'il s'y mélange des processus lymphangitiques, des œdèmes qui peuvent aboutir à une hypertrophie et à des déformations monstrueuses de l'organe. La verge est doublée, triplée de volume, elle présente la forme d'un saucisson, d'un battant de cloche ou bien une forme indescriptible.

« L'organe ainsi déformé, dit Fournier, parcouru par des plicatures et des bourrelets absolument fantaisistes, présente comme consistance des modalités diverses et curieuses, variables suivant les points. Ici plaques dures, épaisses, étalées en nappes et répondant très certainement à des infiltrations néoplasiques diffuses ; là rien qu'une tuméfaction mollasse, qu'une sorte de bouffissure générale des tissus et de la peau en particulier ; ainsi dans un cas que j'ai observé, la verge se présentait avec un épaississement lardacé tellement considérable qu'il don-

nait la sensation d'une hypertrophie cutanée éléphantiasique. »

Balzer et Deshayes rapportent le cas suivant :

C'est un malade, tuberculeux, dont la syphilis a débuté, il y a trente-cinq ans par un chancre de la verge soigné et guéri.

Il y a dix ans apparurent les premières syphilides tuberculeuses d'abord sur la jambe gauche puis sur la droite.

En même temps le prépuce et le fourreau de la verge devinrent assez rapidement œdémateux, début de l'éléphantiasis qui du fourreau atteignit ensuite le scrotum et persiste encore avec de fortes dimensions.

Notons en passant qu'il y a deux ans, le malade étant à Saint-Louis eut à la cuisse droite un érysipèle qui effaça une partie de sa syphilide tuberculeuse.

Actuellement aux organes génitaux on constate la présence d'un œdème scléreux chronique, réductible dans une certaine mesure et gardant l'empreinte du doigt, il est plus dur sur le prépuce dont la partie inférieure nettement éléphantiasique se recourbe cachant complètement le gland.

M. Hallopeau met d'abord cette lésion sur le compte de la tuberculose, d'autre part le malade ayant séjourné dans les pays tropicaux on émet l'hypothèse d'une infection filarienne qui ne donne aucun résultat.

Ce qui frappe surtout en examinant le malade c'est que là où se montrent chez lui des manifesta-

tions tertiaires elles offrent une tendance à la sclérose, à une sclérose hypertrophique diffuse.

Un autre malade observé par MM. Emery et Glantenay a fait l'objet d'une communication intéressante dans le *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, nous reproduisons ici l'observation :

Eléphantiasis des organes génitaux

par MM. Emery et Glantenay.

M. X..., âgé de quarante-cinq ans, entré salle Saint-Louis le 15 janvier.

Rien de remarquable à noter comme antécédents héréditaires. Les ascendants sont morts d'affections de poitrine diverses.

Ce malade toujours été dès sa jeunesse d'une constitution vigoureuse ; il a contracté toutefois de dix-sept à vingt ans des blennorragies récidivantes et à l'âge de vingt-cinq ans a pris la syphilis. A ce moment il aurait présenté un chancre à la verge suivi de roséole. Dès lors le tableau clinique de la syphilis paraît complété par une alopécie en clairière et de violentes céphalées.

A ce moment il prit de 2 à 3 grammes d'iodure de potassium par jour mais ce traitement n'excéda pas une durée de trois semaines.

Jusqu'en 1889 le malade jouit d'une immunité parfaite ;

alors apparaissent sur la cuisse droite, au mollet droit et sur la face externe de la cuisse gauche des lésions syphilitiques tuberculeuses en bouquet dont la trace est encore manifeste.

De 1889 à 1898 on note des réapparitions incessantes d'éléments éruptifs semblables en différents points du corps. Pendant cette période le malade ne prit d'autres soins que de protèger ces éléments éruptifs par une bande de toile.

Les cicatrices de ces éléments sont en partie effacées pour les plus anciennes, les plus récentes datant d'un mois ont gardé tous leurs caractères de syphilides tuberculo-croûteuses agminées ; le groupe le plus évident siège à la face externe de la cuisse gauche tout contre la naissance du scrotum.

En 1894 le malade fut frappé d'une nouvelle affection tout d'un coup et sans cause apparente, la verge étant parfaitement saine et ne portant pas trace de la plus légère érosion le prépuce fut envahi par un œdème volumineux à caractères inflammatoires tel qu'après une quinzaine de jours l'organe, au dire du malade, était distendu, gonflé comme une vessie pleine.

Peu à peu cette infiltration aiguë changea de caractère et fit place à un épaississement scléreux des tissus.

Depuis cette époque, à part quelques rémissions survenues notamment pendant l'été, rémissions s'accusant par une diminution de consistance et de volume, l'état des parties malades est resté stationnaire.

Deux ans après seulement le scrotum participait à la même inflammation et subissait une évolution identique.

Actuellement la verge est très hypertrophiée (2 à 3 fois

son volume normal), elle présente deux courbures successives qui lui donnent un aspect sigmoïde.

Le gland, difficile à découvrir, est absolument normal, le prépuce présente sur la face dorsale et près de son bord libre une bride fibreuse épaisse qui limite en avant un pertuis consécutif à une lésion sphacélique apparue il y a cinq semaines.

Dans le reste de son étendue la peau, épaisse, indurée, tuméfiée présente l'aspect typique d'une peau atteinte d'infiltration éléphantiasique.

Autant que l'on peut s'en rendre compte par la palpation à travers les enveloppes épaisses aucune traînée de lymphangite de voisinage, tous ces phénomènes ont une évolution torpide sans douleur et sans réaction inflammatoire.

Intégrité parfaite de l'appareil ganglionnaire de l'aine et de la fosse iliaque.

Un autre cas assez curieux a été présenté à la Société de dermatologie et de syphiligraphie par MM. Fournier et Milian.

C'est un homme âgé de quarante-trois ans, entré à l'hôpital Saint-Louis le 12 avril 1902, pour une ulcération qu'il porte au creux poplité gauche et qui est une syphilide ulcéro-gommeuse caractéristique.

En l'examinant complètement, on constate également une autre lésion des bourses et du testicule attaquant également la verge toute entière et dont voici l'histoire.

Cet homme a eu la syphilis il y a six ans, chancre de la verge suivi d'accidents caractéristiques.

Cette syphilis a été soignée pendant deux mois dans le service par les pilules, puis au dehors, pendant six mois par l'iodure.

Il y a six mois se sont déclarées les lésions. Les testicules sont devenus volumineux, au bout d'un mois ils n'ont pas tardé à suppurer, l'évacuation purulente se fit aux deux bourses et laissa à chaque bourse une fistule qui dura six semaines à deux mois et se ferma d'elle-même.

Aujourd'hui, 12 avril 1902, les fistules sont complètement fermées mais il persiste cependant des bourses considérables.

Les bourses sont augmentées de volume, grosses comme les deux poings réunis et sont de couleur rouge vif, rouge un peu foncé d'apparence presque phlegmoneuse.

La peau des bourses elle-même est atteinte ; elle est considérablement épaissie : au lieu de la minceur habituelle elle a au moins un centimètre d'épaisseur, il s'agit d'une sorte d'œdème dur ne conservant pas l'empreinte du doigt et qui en même temps qu'il fait disparaître en partie les plis normaux des bourses rend celles-ci turgides et les transforme en un sac rigide, en une poche flasque.

Cet œdème, cet éléphantiasis a gagné la verge tout entière qui est considérablement augmentée de volume, on y retrouve ce même œdème dur avec une coloration de la peau identique à celle des bourses.

Le 2 mai, jour de la présentation, ce malade soumis aux injections de calomel et à l'iodure de potassium va beaucoup mieux ; le volume des bourses surtout a considérable-

ment diminué, de moitié à peu près, l'infiltration des téguments a disparu en partie.

Dès 1870 M. le professeur Fournier nous apprenait à connaître cet œdème scléreux développé au voisinage des lésions syphilitiques, il étudiait chez la femme l'œdème vulvaire et s'exprimait ainsi : « Ce ne sont jamais que des lésions provisoires : qu'elles puissent durer longtemps cela est certain, mais jamais elles ne sont définitives ni chroniques dans le sens propre du mot. Elles sont la conséquence de la lymphangite qui vient compliquer le chancre mais ces lésions d'œdème scléreux peuvent se développer après la cicatrisation. »

Dernièrement au sujet des cas discutés à la Société de dermatologie il ajoutait ceci :

« Il est quelquefois difficile de donner une démonstration clinique à ces tuméfactions, S'agit il de lymphangite chronique, est ce de l'infiltration en nappe, ? à défaut de connaître la nature exacte de l'affection je l'ai appelée éléphantiasis ou syphilome hypertrophique diffus.

Nous savons malheureusement peu de choses au point de vue anatomo-pathologique ; pourtant l'examen microscopique des cas de ce genre montre des lymphangiectasies considérables dont le point de départ est sans aucun doute dans la syphilis.

Nous nous sommes basé sur l'hypothèse de M. Fournier pour ranger ces affections bizarres dans la catégorie des lymphangites tertiaires, l'anatomie

pathologique d'une part, l'opinion de plusieurs auteurs qui considèrent l'œdème dur éléphantiasique comme de la lymphangite chronique d'autre part, semblent confirmer notre opinion.

CHAPITRE IV

Au point de vue traitement, il nous paraît devoir être celui de toute lésion tertiaire : iodure de potassium 4 grammes environ par jour, suivi d'injections sous-cutanées de sels de mercure.

Le malade traité par M. le Dr Druelle a vu rapidement rétrocéder ses lésions sous l'influence de cette médication ; la conduite à tenir doit être la même lorsqu'on se trouve en présence d'états éléphantiasiques de la verge, du syphilome hypertrophique diffus, mais tandis que dans le premier cas la guérison s'opérera assez facilement, l'affection au contraire restera tenace dans le second, quelquefois même rebelle à tout traitement médical.

CONCLUSIONS

1° A la période tertiaire le système lymphatique n'est pas épargné par l'infection spécifique, pourtant bien peu nombreux sont les cas de lymphangite de la verge ;

2° Cette lymphangite lorsqu'elle se produit, peut revêtir deux formes :

La forme ulcéro-gommeuse ;

La forme éléphantiasique ;

3° La forme ulcéro-gommeuse se caractérise par des cordons durs, facilement palpables, développés sur le trajet des lymphatiques et sur lesquels les nodosités gommeuses viennent ulcérer les téguments ;

4° A l'étude de la forme éléphantiasique, œdème dur et scléreux, se rattache le syphilome hypertrophique diffus qui n'est en somme qu'une forme de lymphangite chronique ;

5° Le traitement approprié sera le traitement mercuriel combiné à l'iodure ; tandis qu'il aura une grande efficacité dans la forme ulcéro-gommeuse, la forme éléphantiasique au contraire y restera souvent réfractaire.

Vu : le président de la thèse,
DIEULAFOY

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

NOTICE BIBLIOGRAPHIQUE.

Balzer et *Deshayes*. — Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Paris, 1906.

Berdal. — Précis des maladies vénériennes.

Besnier, *Brocq*, *Jacquet*. — Pratique dermatologique.

Billet (Edouard). — Thèse Paris, 1877.

Clarac. — Thèse, Paris, 1881.

Canet. — Thèse, Paris, 1904.

Declerq. — Revue de médecine, Paris, 1903.

Duhot. — Société belge de dermatologie et de syphiligraphie, 1901.

Dissandes Lavillate . — Thèse Paris, 1871.

Emery et *Glantenay*. — Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, Paris, 1898.

Focre. — Thèse, Paris, 1901.

Follet. — Thèse, Paris, 1895.

Froment et Jambon. — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, Paris, 1904.

Fournier. — Traité de la syphilis.

— Leçons sur la syphilis tertiaire faite à l'hôpital Lourcine, Paris, 1875.

Fournier et Millian. — Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Paris. 1902.

Jeanselme. — Journal de médecine interne, Paris, 1907.

Julien. — Traité des maladies vénériennes.

Mauriac. — Pathologie générale de la syphilis tertiaire.

Nobl. — XIIIe Congrès international de médecine, Paris 1900.

Ravogli. — Journal of cutaneous diseases, février 1907.

Renaut. — Article dermatoses du Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.

— Archives Physio., 1872.

Rollet. — Traité des maladies vénériennes.

Sallé. — Thèse, Paris, 1884.

Sabouraud. — Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Paris, 1892.

Verchère. — Bulletin de la Société de médecine pratique, Paris, 1901.

Verneuil. — Archives de médecine, 1871.

Imp. de la Faculté de médecine, Henri JOUVE, 15, rue Racine, Paris.